

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939 (1)

THÈSE

N°

POUR LE

42

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LE BRUN André-Louis

Né le 23 Mars 1911 à Tessy-sur-Vire (Manche)

Le Chancre de la Muqueuse Pituitaire
et en particulier sa forme latente

Président : M. GOUCEROT, Professeur.

IMP. LANGLOIS
ARGENTON-SUR-CREUSE (Indre)

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939 (1)

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LE BRUN André-Louis

Né le 23 Mars 1911 à Tessy-sur-Vire (Manche)

**Le Chancre de la Muqueuse Pituitaire
et en particulier sa forme latente**

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

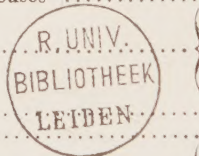
IMP. LANGLOIS
ARGENTON-SUR-CREUSE (Indre)
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

1. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...



Professeurs sans chaire

HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ... Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY ... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale
BERNARD Etienne. Pathologie médi-
cale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD . Histologie.
CATHALA .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNCK Pathologie chirurgicale.
GALLIARD . Parasitologie.
GASTINEL .. Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Patho-
logie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
DE GENNES . Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENEAU Pathologie médicale.
HALPHEN .. Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN . Anatomie pathologique.
JOANNON .. Hygiène.
LACOMME .. Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE ... Pathologie expérimenta-
le.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiä-
trie.
MÉNÉGAUX . Pathologie chirurgicale.
MOLLARET . Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgica-
le.
MOUQUIN .. Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
gicale.
PIÉDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophthlalmologie.
RICHET Physiologie.
SÈNEQUE ... Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH .. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE .. Pathologie chirurgicale.
BUSQUET ... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUÉNIOT .. Obstétrique.
HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ . Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN ...		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ..	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE
MES GRANDS PARENTS

A MON PREMIER MAITRE
MON PÈRE,

Le Docteur A. LE BRUN

A MA MÈRE,

Qui, par leurs sacrifices et leur dévouement inlassable, m'ont permis ces études, je dédie cet ouvrage, faible témoignage de ma très profonde affection.

A MA FEMME

A MA BELLE-MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES BELLE-SŒUR ET BEAUX-FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées
et Syphilitiques,
Médecin de l'Hôpital St-Louis,
Président de la Société Française de
Prophylaxie sanitaire et morale,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Nous adressons nos remerciements
respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

Professeur Agrégé,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin de l'Hôpital Cochin,

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

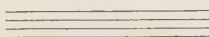
*Hommage de notre respectueuse
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECORNU
ET MES MAITRES DE L'HOPITAL DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
ET MÉDECINS DES HOPITAUX :

LEMIERRE, LIAN, CADENAT, SEZARY,
MOINIER-VINARD, LEVANT

**Le Chancere de la Muqueuse Pituitaire
et en particulier sa forme latente**



INTRODUCTION

De tout temps, on a accepté la possibilité de l'infection syphilitique par d'autres voies que les voies génitales et on le trouve signalé par des auteurs du 15^e et du 16^e siècle.

La première observation de chancre de la narine remonte à 1844 et l'auteur Mac CARTHY écrit :

(J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre d'ulcères primitifs sur les parties du corps où on ne les rencontre pas habituellement ; à la narine une fois).

Jacob connaissait bien le chancre de la narine ; il écrit dans Les Annales des maladies de l'oreille. 1923.

« La muqueuse nasale, quoique bien protégée par sa position même de toute contamination, n'est malgré tout pas à l'abri de la contagion. Le chancre des fosses nasales est évidemment une localisation rare de la syphilis primaire, cependant, des faits irréfutables sont là pour prouver la réalité du chancre extra-génital d'origine nasale et l'examen d'une syphilis sans chancre devra toujours comporter un examen des fosses nasales, car la lésion peut y évoluer discrètement et passer inaperçue. »

On évitera de cette façon des erreurs préjudiciables au malade.

RICORD en 1858 dans ses Leçons sur le chancre, dit simplement :

« Je l'ai rencontré sur la pituitaire. »

FOURNIER en 1858 nous présente un cas indiscutable de chancre de la cloison ; le diagnostic en fut confirmé par une roséole typique.

ROLLET en 1865 écrit :

« J'ai vu moi-même 4 chancres indurés du nez dont trois étaient greffés sur la pituitaire à l'entrée des fosses nasales. »

Vinrent ensuite les cas de NODET, NETTLESHIT, et l'observation de PONCET en 1880.

En 1881, le travail de DUPONT (*Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales*) thèse de Bordeaux ; puis les thèses de REBOUL 1892 (*Recherche sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques*) ; LE BART (*Chancre primitif du nez et des fosses nasales*), Paris 1894 ; BAZÉNERIE (*Etude clinique sur la syphilis nasale acquise*), Paris 1894.

La Revue de CHAPUIS (*Le chancre de la muqueuse pituitaire*) gazette des hôpitaux, 13 Octobre 1894. La thèse de BRUDON (*Le chancre syphilitique des fosses nasales*), Lyon 1895.

Le traité de FOURNIER, Paris 1897 (*Les chancres extra-génitaux*), puis ce furent les thèses et travaux de : ROMAGNINI, ROLLESTON, JULLIEN, PONCET, MARFAN, MOREL, LAVALLÉE, MOURE DE BORDEAUX, HECQUET, LAURENT, LENOBLE, FROMENT, FOSSET en 1913.

FOURNIER dans sa statistique portant sur 30 ans trouve que l'on a :

- 93 % de chancres à localisation génitale,
- 0,67 % de chancres à localisation périgénitales,
- 6,33 % de chancres à localisation extragénitales.

Mais FOURNIER considère que la proportion de 6 à 7 % de chancres extra-génitaux est inférieure à

la réalité car ils passent souvent ignorés ou non diagnostiqués.

Parmi les chancres extra-génitaux, le chancre céphalique n'est pas rare et FOURNIER en trouve 849 cas dans sa statistique personnelle ; sur ces 849 cas, la plupart, soit 727 cas, siègent dans la bouche.

Les chancres de la face se divisent en :

- menton 54 cas ;
- joue 24 cas ;
- œil 21 cas ;
- nez 13 cas ;
- front 2 cas ;
- tempes 1 cas.

Le chancre du nez constitue une rareté, et sur 1124 chancres extragénitaux, FOURNIER trouve 18 chancres du nez et il note 1 chancre de la pituitaire pour 9.356 chancres extra-génitaux.

MAC CARTHY (thèse de Paris 1844), sur 51 chancres extra-génitaux, relève 8 chancres céphaliques et 1 de la narine.

BULKLEY (1894) sur 9.058 chancres extra-génitaux, cite 95 chancres du nez, soit 1,04 %.

RICORD, dans ses « Leçons sur le chancre », rédigées et publiées par Albert FOURNIER dit : « J'ai dressé le tableau sur les observations de 822 malades chez lesquelles le chancre a été noté avec précision :

- chancre du gland et du prépuce : 314 ;
- chancre de la pituitaire : 1. »

MUNCHEIMEREN 1897, dans (*Ueber extra-génitale syphilis infection*) (*Arch derm med syph.* 1897, t. XI) réunit 19.323 chancres extra-génitaux dont 220 du nez et 554 de la bouche et du nez sur lesquels 18 ont trait à la muqueuse pituitaire.

LE BART et LEGRAND se basant sur diverses publications établissent la statistique suivante publiée dans la thèse de LE BART.

AUTEURS	Chancres extra-génitaux	Chancre du nez
MAC CARTHY	59	6
LAVERGNE	27	1
PAPELOU	198	1
NEMANN	84	2
PERAY KATCHETZ	100	2
NOVET	6	1
FOURNIER	71	2
GOZZOLINI	11	1
A. MARTH	12	1
HULOT	21	1
BUREAUX ET MARTIN TARNIER	59	6
Total	648	24

soit une proportion de 3,7 % de chancres du nez par rapport aux chancres extra-génitaux.

LENOBLE dans sa thèse de Paris (1908) rapporte la statistique suivante :

AUTEURS	LOCALISATION DE CHANCRE
JULIEN	racine et lobule
MOURE	2 cas cloison droite 1 cas cloison gauche
MOREL LAVALLÉ	muqueuse gauche
GÉMY	cloison gauche
MARFAN	cloison droite
ROBUSTO-CIMINO	septum cartilagineux
NETTELSKY	cloison droite
PONCET	septum cartilagineux

<u>AUTEURS</u>	<u>LOCALISATION DE CHANCRE</u>
FOURNIER	<i>cloison</i> <i>lobule</i> <i>narine droite</i> <i>entre œil gauche et lobule</i>
HULOT	<i>lobule</i> <i>aile</i>
GUIGNARD	<i>aile droite</i>
BOULANGER	<i>aile</i>
LAURENT	<i>racine</i>
NEUMANN	<i>aile</i>

La localisation la plus fréquente du chancre du nez est le lobule nasal et l'aile.

JACOB et PITRE dans leur travail de 1923 résumant des observations parues jusqu'à ce jour trouvent que sur 48 cas de chancres indiscutables de la pituitaire qu'ils ont pu trouver, il y avait:

- 52 chancres de la cloison,*
- 5 du cornet inférieur,*
- 1 du cornet moyen.*

On voit combien les chancres de la pituitaire sont rares; en 25 ans, JACOB et PITRE n'ont pu relever que 34 cas nouveaux.

LE CHANCRE DE LA PITUITAIRE

Le chancre de la pituitaire est un chancre rare; l'accident primitif y est rarement localisé.

PITRE nous dit: « Cette affection peut être facilement prise pour un cancer et autrefois, avant les facilités données par la recherche du Spirochète, on était parfois obligé d'attendre l'apparition des accidents secondaires avant de pouvoir se prononcer. »

Il faut en effet distinguer le chancre narinair nasal externe, qui est un chancre cutané et comme tel ne diffère pas des chancres de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez, et le chancre pituitaire ou nasal interne.

La muqueuse pituitaire pourra se diviser en:

1°) Vestibule qui a un revêtement cutané. Mais les chancres uniquement vestibulaires, occupant soit la sous-cloison, soit la face externe de la narine, soit l'une ou l'autre des commissures narinaires sont rares; généralement, ils empiètent sur la muqueuse.

2°) Les fosses nasales proprement dites, tapissées par une muqueuse: la pituitaire, laquelle commence au niveau du rebord inférieur des os propres du nez, soit environ à 12 mm. sur la paroi interne et 16 mm. à 20 mm. sur la face externe de l'orifice extérieur du nez. Ces chancres affectent soit la face interne du nez, soit plus fréquemment la cloison.

Cette distinction nous montre la situation spéciale intra-nasale de la pituitaire, elle nous fait voir la difficulté du diagnostic; l'altération de la muqueuse pourra donner le change avec les affections des fosses nasales: coryza, diphtérie, corps étrangers, lésions des cornets, de la cloison, etc.

ETIOLOGIE

Pour qu'il y ait chancre syphilitique, il faut qu'il y ait eu contact entre le tréponème et le tégument ulcéré. L'étiologie de ces chancres est souvent obscure et assez curieuse ; elle est mal connue. Le contact direct de la muqueuse nasale avec une lésion syphilitique est presque impossible et pratiquement la contagion directe ne saurait se produire ; il est exceptionnel de voir son apparition à la suite de pratiques contre nature ; on n'envisage que difficilement la contagion directe par les organes génitaux.

Il faut admettre qu'il existe presque toujours un agent intermédiaire entre la lésion infectante et la porte d'entrée.

CONTAGION DIGITALE

Parmi ces agents de contamination, les doigts viennent en premier lieu.

L'habitude de se gratter le nez explique que le tréponème, pris à des sources diverses, puisse être déposé sur la pituitaire. Le doigt peut à la fois produire l'excoriation de la muqueuse et apporter l'agent de contamination.

Il peut le déposer sur les excorations préalables : folliculites, acnés, pustulettes, éraillures, gerçures, impétigo, blessures, etc.

Suivant certains syphiligraphes, la perte de la substance n'est pas nécessaire : pour MILIAN, la barrière épithéliale n'est pas infranchissable au tréponème.

Le chancre se développe généralement sur la partie antérieure de la cloison, point commun à toutes les lésions d'origine digitale.

SOURCE DE VIRUS

Dans certains cas: FOURNIER, MOURE, DEMARFAN, DEGUICHARD, la source est à demi vénérienne.

Les accidents apparurent chez des gens qui s'étaient livrés à des attouchements vulvaires chez des femmes syphilitiques et qui négligèrent de se laver les mains.

ARSLAN cite le cas d'une femme mariée à un syphilitique porteur de plaques muqueuses buccales et qui ayant l'étrange manie de mettre ses doigts dans la bouche de son mari s'inocula le trépô-nème en portant ses doigts dans ses fosses nasales.

La malade de BLANC s'était contaminée de la même façon en soignant un enfant atteint de coryza syphilitique. Dans certains cas, on peut retrouver une origine professionnelle. Dans l'observation de CAMPBELL, un médecin eut un chancre du cornet inférieur, 2 mois après avoir circoncis un malade atteint de chancre induré du sillon balano-préputial.

FREUDENTHAL relate une inoculation ayant eu lieu après un toucher vaginal chez une vérolée.

CONTAGION PAR L'INTERMÉDIAIRE D'OBJETS EMPLOYÉS EN COMMUN

Ce sont des contagions faites par les linges, les mouchoirs, serviettes, éponges, canules, eau de toilette, instruments de chirurgie, stylets, spéculums, catheters, sondes, etc..., venant de servir à un sujet syphilitique.

Cas de la malade de STANCANELLI, qui eut un chancre des fosses nasales après s'être infectée par un mouchoir prêté par un danseur porteur de plaques muqueuses buccales.

Malade d'HIGGUET: le virus avait été transporté par une tabatière commune à 2 typographes belges.

Cas de COLLINET: le virus avait été transporté par un crayon que le marchand de vin avait laissé traîner sur son comptoir et avec lequel il avait l'habitude de se gratter le nez. Ce crayon servait aussi aux clients et parmi eux se trouva un individu syphilitique.

On trouve de ce fait des cas chez des enfants.

Malade de BOROCKLEY dans « Syphilis of the innocent », BRUNON nous cite le cas d'un enfant de 7 ans qui a contracté un chancre du cornet inférieur en s'amusant à s'introduire toutes sortes d'objets dans les fosses nasales.

PAUTET nous cite le cas d'une sage-femme qui, faisant l'accouchement d'une syphilitique, reçut du liquide amniotique au moment de la rupture brusque d'une poche des eaux hypertendue.

Cependant, dans de très nombreux cas, on en est réduit à une simple hypothèse ; on trouve bien quelque fois dans l'entourage du malade un sujet syphilitique, porteur de lésions en évolution, mais on ignore de quelle façon la contagion a pu se faire; on ne peut le préciser et l'on est réduit à de nombreuses hypothèses.

Mais souvent, l'origine est incompréhensible et l'étiologie reste « impénétrable et tout à fait mystérieuse ».

FOURNIER

SYMPTOMATOLOGIE

Cliniquement l'accident primitif de la syphilis sur la muqueuse pituitaire se traduit par des signes fonctionnels et physiques qui en font une infection intra-nasale et lui donne un aspect clinique particulier.

CHANCRE LATENT.

Le chancre peut passer complètement inaperçu du malade qui n'a pas souffert du nez, n'a pas eu d'obstruction nasale ni de troubles de ce côté : c'était le cas de notre malade.

Le médecin n'a pu le voir à cette époque, car le malade était bien portant.

A cette période de la maladie, nous nous trouvons en présence d'un malade porteur d'une syphilis secondaire, syphilis sans chancre; le chancre peut manquer, comme le dit M. Gougerot.

« Le chancre dont les classiques admettaient la nécessité peut manquer. »

« La syphilis sans chancre peut être moins exceptionnelle qu'on ne l'a cru. »

Connaissant la possibilité de syphilis sans chancre, nous devons malgré tout chercher un chancre qui peut être caché quelque part.

Le malade dont nous citons le cas présente une roséole de caractère particulier ; roséole de type remonté de JEANSELME, débutant à la face et à la partie supérieure du thorax pour s'étendre ensuite vers le bas.

Ce sont des éléments maculeux, non saillants, arrondis et ovalaires, rose pâle (fleur de pêcher), non prurigineux; leur dimension oscille entre 2 et 15 mm., leur bord s'estompe dans la partie saine.

Cette roséole peut être accompagnée de syphilitides papuleuses disséminées sur le tronc et les membres; elles ont une prédilection pour le front où elles forment la couronne de Vénus; l'aile du nez où elles prennent un aspect circiné; les pourtours des lèvres.

Ces papules sont surélevées, saillantes à la vue et surtout au toucher avec infiltration importante du tégument, de couleur rouge sombre, de nuance vieux cuivre; elles sont recouvertes de squames, et quand cette surcharge est plus marquée, la syphilis est dite papulo-squameuse.

Parfois, c'est l'apparition d'adénopathies cervicales qui fait penser à un chancre céphalique; ce fut le cas chez notre malade.

CHANCRE AVEC OBSTRUCTION NASALE

Le malade se plaint de troubles locaux et généraux. Localement, il s'agit presque toujours d'une obstruction nasale unilatérale accompagnée de douleurs péri-nasales et d'écoulement narinaire. L'état général est, par contre, plus ou moins atteint.

L'obstruction nasale est proportionnelle au volume du chancre et au gonflement inflammatoire du voisinage; elle est le signe le plus frappant. Elle va de la simple sensation de gêne respiratoire à l'obstruction nasale la plus complète avec ses conséquences: respiration buccale, ronflement, sèche-

resse du pharynx, prononciation difficile des consonnes nasales. Son principal caractère est d'être unilatérale. Dans quelques cas exceptionnels (cas de LERMOYEZ), l'évolution de la tumeur a été si rapide, le bourgeonnement si important, la participation de la muqueuse si étendue que le diagnostic de sarcome fut porté et que seule, l'apparition d'une roséole empêcha l'opération.

CHANCRES AVEC PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

Les phénomènes douloureux sont assez fréquents; ils existent souvent avec l'obstruction nasale. Ordinairement, le malade éprouve une sensation de prurit, de cuisson, ainsi que celle de corps étrangers permanents. Les douleurs sont alors tolérables, mais parfois elles se propagent dans les régions de voisinage d'une façon très violente et même s'irradient dans la moitié correspondante de la tête comme dans les névralgies du trijumeau.

Ces douleurs ont probablement plusieurs causes: l'infection secondaire du chancre, la suppuration, la lymphangite et l'œdème inflammatoire consécutifs.

Parfois, l'irritation des filets nerveux du trijumeau par suite de l'infiltration spécifique et indurée des tissus.

L'écoulement nasal est de caractère variable, minime et séreux; il peut, si le chancre est infecté, être abondant, séro-purulent ou purulent, exceptionnellement sanieux; les sécrétions sont souvent striées de sang, les épistaxis sont rares.

SIGNES GÉNÉRAUX

L'état général est souvent atteint: anémie, asthénie, insomnies dues à la céphalée. Si l'infection syphilitique est plus généralisée, on peut avoir de la fièvre, des frissons, ceux-ci pouvant être dus à une affection secondaire.

SIGNES PHYSIQUES

A l'examen, on peut constater un écoulement nasal qui provoque souvent un érythème léger de la lèvre supérieure du côté malade et parfois de la folliculite nasinaire ou sous-nasinaire.

Si le chancre est peu profond, l'aile du nez est repoussée en dehors et l'orifice narinaire agrandi.

S'il est profond et peu saillant, il n'y a quelquefois aucune déformation extérieure; parfois, au contraire, la paroi latérale du nez est repoussée en totalité et le malade fait remarquer cette saillie; on a souvent une tuméfaction en masse des tégu-ments. Cette tuméfaction est due à la compression venant du chancre et surtout aux phénomènes de lymphangite qui se manifestent par une infiltration de la peau, de la chaleur et de la douleur; elle peut à elle seule révéler l'existence d'un chancre des parties profondes. La paroi latérale du nez est généralement légèrement cartonnée; l'infiltration s'étend parfois jusque sur la joue.

Dans un cas du Dr THIBIERGE « non seulement la narine gauche formait avec le lobule une masse résistante et presque cartilagineuse; non seulement le nez était hypertrophié en totalité et couvert d'une rougeur livide, mais encore la lèvre se présentait augmentée de volume et la rougeur se prolongeait sur les 2 joues en remontant jusqu'à

l'insertion des paupières qui étaient œdématiées, en sorte que l'impression première à la vue d'une telle lésion était celle d'un érysipèle. »

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 18 avril 1894.)

CAS D'OBSTRUCTION NASALE

L'examen de la muqueuse du nez montre une fosse nasale normale et l'autre obstruée, uniformément rouge et tuméfiée ; la cloison et le cornet inférieur viennent au contact l'un de l'autre. Le tout est recouvert de muco-pus qui empêche de voir le chancre.

Pour apercevoir le chancre, il faut pulvériser une solution d'adrénaline-cocaïne : la muqueuse normale pâlit et se rétracte ; seul, le chancre garde sa coloration et son relief.

Le chancre apparaît sous des aspects différents suivant qu'il est peu ou largement ulcéré et suivant son infiltration. C'est toujours une tuméfaction dure, tendue, lisse, rouge, à contours réguliers, arrondis, ovalaires. S'il y a ulcération, celle-ci est recouverte de quelques croûtes et d'un exudat adhérent. L'ulcération est à bords relevés, non déchiquetés, mais quelquefois, l'érosion est en saillie comme un ulcère surélevé.

Au doigt, on trouve une rénitence élastique, dure, indolore, qui ne saigne pas, sauf au niveau de l'ulcération.

Pas de lésions osseuses ou cartilagineuses : la lésion n'intéresse que la muqueuse.

Le chancre a un caractère particulier, celui de résister à l'action de l'adrénaline-cocaïne alors

que la muqueuse voisine se rétracte en pâissant. Dans la forme latente, comme ce fut notre cas, la muqueuse n'était pas modifiée autour du chancre.

ADÉNOPATHIE

L'adénopathie est une adénopathie syphilitique typique. Les ganglions sont plus ou moins gros, nombreux, réguliers, durs, mobiles, indolores ; le plus haut placé est plus gros que les autres.

Parfois existe de la péri-adénite avec liaison des ganglions entre eux et aux tissus voisins, inflammations et douleurs. Cette inflammation est peut-être l'indice d'une infection locale surajoutée.

Les ganglions intéressés sont les ganglions latéraux et rétro-pharyngiens, cervicaux profonds, de puis la base du crâne jusqu'à la partie moyenne du cou.

RECHERCHE DU TRÉPONÈME

Le seul signe pathognomonique et qui à lui seul fera le diagnostic sera la recherche du tréponème.

Cette recherche se fait de la façon suivante: On nettoie la lésion cutanée ou muqueuse à l'aide d'un coton imbibé de sérum physiologique. On gratte ensuite le bord de la lésion avec le dos d'un bistouri et on attendra qu'apparaisse une sérosité dont on recueillera une goutte qui sera examinée entre lame et lamelles ou dont on fera un frottis.

On peut également remédier à l'exsudat et le diluer dans le sérum physiologique.

On pourra rechercher le tréponème ensuite, soit directement à l'ultra microscope, soit après coloration des frottis.

RÉACTIONS SÉRIQUES

On complètera l'examen par des réactions sériques : réaction de BORDET WASSERMANN, de HECHT, réaction de précipitation ou de floculation, benjoin colloïdal; étude du liquide céphalo-rachidien, lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de Wassermann et Benjoin colloïdal.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est surtout basé sur l'unilatéralité de la lésion, sur le caractère de l'ulcération, surélevée, à base indurée, bien circonscrite, ovalaire, rougeâtre, indolente;

sur la présence de ganglions en chaîne, durs, mobiles;

sur son évolution rapide: en l'espace de 2 septenaires, sa lésion est totalement constituée.

La présence de tréponèmes est le signe de certitude. Le Wasserman est négatif au début.

AVANT L'APPARITION D'ACCIDENTS SECONDAIRES

1^{er} Cas. *Chancre avec obstruction nasale.*

On peut penser à toutes les affections aiguës et généralisées :

CORYZA

Généralement bi-latéral.

CORPS ÉTRANGERS

Ceux-ci donneront une rhinite uni-latérale, mais l'installation de novocaïne adrénalinée lèvera le diagnostic.

RHINITE PSEUDO-MEMBRANEUSE

Mais les fausses membranes sont souvent étendues jusqu'au pharynx. Présence de bacilles de Lœffler. Ces rhinites sont généralement bi-latérales.

IMPETIGO

Dans l'impétigo, les lésions sont disséminées, éparpillées, diffuses, indécises et sinueuses.

L'impétigo effleure le derme sans l'ulcérer, il n'a pas d'adénopathie et est souvent bi-latéral.

SINUSITE AIGUE

Le diagnostic se pose surtout quand les douleurs sont très violentes, mais les signes physiques font défaut.

EPAISSISSEMENT DE LA CLOISON

Le diagnostic se fera grâce au mélange novocaïne adrénaline.

LUPUS VÉGÉTANT

Son début est moins rapide; il n'y a pas de réaction locale aussi intense; c'est une masse molle saignant facilement; de plus, il n'y a pas de ganglions.

SARCOME

Le diagnostic est difficile, car il existe des chancres à allure sarcomateuse; mais l'évolution du sarcome est plus lente, l'ulcération plus profonde; ses bords irréguliers saignent facilement; on a des ganglions volumineux.

GOMME SYPHILITIQUE

Le diagnostic, très difficile, est surtout basé sur la notion d'un accident primaire antérieur. En outre, dans la gomme, les lésions atteignent parfois l'os. Le diagnostic pourra également se poser avec les cancers, furoncles, engelures, papules, fissures de coryza staphylococique, morve, lupus sporotrichose rhinosclérose. La recherche du tréponème

lèvera toujours le diagnostic.

2^me Cas. Chancre latent.

Le diagnostic ne se pose pas, car il n'existe aucun signe pouvant y faire penser.

APRÈS L'APPARITION
DES ACCIDENTS SECONDAIRES

Le chancre n'est pas latent.

L'apparition d'accidents secondaires syphilitiques, alors que l'on ne trouve pas de chancre génital ou péri-génital, fera penser aux chancres extra-génitaux et l'attention sera attirée par les phénomènes d'obstruction, de douleur nasale, et les adénopathies.

Le chancre est latent. C'est l'apparition de la syphilis secondaire qui fait porter le diagnostic. On recherche le chancre, on ne le trouve pas ; c'est alors qu'il faut penser aux chancres extra-génitaux. « De ces chancres à siège mobile, résulte un enseignement ; c'est qu'étant donnée une syphilis dont l'accident initial n'est pas avoué par le malade, il ne faut pas se contenter d'explorer les seules régions où cet accident a coutume de se loger le plus souvent, c'est-à-dire les régions génitales et péri-génitales, il faut chercher ailleurs, puis ailleurs encore, puis partout, n'importe où, car il peut être là où le malade et le médecin soupçonnent le moins sa présence. »

Si l'on découvre des ganglions cervicaux, on examinera la face, les lèvres, la langue, les amygdales, et si aucune lésion suspecte n'est visible à ce niveau, il faudra penser au chancre latent de la pituitaire.

FORMES CLINIQUES

FORMES OBJECTIVES

A son début, le chancre intra-nasal passe inaperçu du médecin ; il consiste, d'après le malade, en une petite éraillure, une gerçure de la muqueuse, ou bien en un bouton granuleux, rouge, ne tardant pas à présenter une croûte.

C'est une lésion minime, insignifiante, indolore, sensible au toucher. Plus tard, dans son stade adulte, il se présente sous 3 formes objectives.

1°) *Forme érosive.*

C'est une surface érosive ou partiellement érosive, d'étendue variable, de celle d'une grosse lentille à celle d'une pièce de 50 centimes ou plus, arrondie ou plus ou moins ovalaire, plane, sans bords, d'un rouge carminé soit uniforme, soit semé de points grisâtres, à base naturellement inexplorable.

Lésion indolente ne saignant jamais spontanément, c'est là la forme bénigne du chancre intra-nasal, forme qui a toute chance de rester inconnue.

2°) *Forme néoplasique.*

C'est un chancre en saillie, formant une tubérosité bourgeonnante. Selon son degré de développement, on a un chancre papuleux ou papulo-hypertrophique.

Chancre papuleux: Il est constitué par une papule érosive, de surface convexe présentant en son centre un relief de 2 à 3 mm., uniformément rouge, recouverte souvent d'un enduit grisâtre, rénitente, presque dure au toucher.

Chancre papulo-hypertrophique. Il ne diffère du précédent que par sa taille, 1 à 2 cm. de diamètre, véritable petite tumeur irrégulièrement hémisphérique, en relief de 4 à 6 mm, rouge de surface, exulcérée ou véritablement ulcéreuse, parfois d'aspect spongieux ; elle peut donner l'impression d'un néoplasme malin. Toujours, elle fournit au doigt une impression de dureté cartilagineuse ; elle peut devenir tout à fait exubérante et oblitérer complètement la fosse nasale correspondante.

3°) *Chancre croûteux impétigineux.*

Cette forme appartient au chancre situé près de l'orifice des narines. Elle consiste en une croûte, laquelle sert de revêtement et de masque à l'érosion chancreuse sous-jacente. Cette croûte, sous l'effet des arrachements partiels qu'elle subit de la part des ongles, est irrégulière, inégale, composée de segments croutelleux, de divers âges. Elle est de teinte variable, souvent brune, quelquefois noirâtre, par addition de petites quantités de sang.

4°) *Chancre pseudo-membraneux.*

C'est une large papule non saillante, non surélevée, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux blanchâtre ou blanc grisâtre, à bords nets, à base indurée avec adénopathies.

FORMES FONCTIONNELLES

Avec obstruction nasale, vives douleurs très prononcées avec adénopathies.

FORMES LATENTES

Rien n'attire l'attention et c'est la recherche de l'adénopathie et l'examen complet du malade qui fera découvrir le chancre.

ÉVOLUTION

Le chancre externe du nez peut laisser à sa suite une cicatrice. Le chancre muqueux intra-nasal se cicatrise rapidement et ne laisse pas de traces de son passage sur les tissus.

Dans la majorité des cas, le chancre de la pituitaire est dénué de gravité et ne demande qu'à guérir; souvent, il passe inaperçu, les signes fonctionnels ayant été très atténués; parfois, on observe une affection secondaire à allure inflammatoire avec péri-adénite qui disparaît rapidement.

Les complications du chancre de la cloison sont rares. Seul, JULLIEN, en 1874, prétend avoir observé lui-même une perforation de la cloison qu'il attribua à un ancien chancre syphilitique dont il n'avait pas vu l'accident primitif. (?)

Le chancre des cornets a des complications plus fréquentes venant de sa situation. Son inflammation peut retentir sur des organes de voisinage, canal nasal et sinus frontal. NETTLESHIP a signalé un abcès des voies lacrymales qui était dû à une affection secondaire ayant remonté jusqu'au méat inférieur.

Fossé (Lyon 1913) nous signale un cas avec inflammation du sinus central, céphalée sus-orbitaire, obscurité à la transillumination, décharge purulente intermittente qui fut considérée comme un accident primitif avant l'apparition des accidents secondaires, alors qu'elle n'était qu'une lésion accessoire sous la dépendance du chancre primitif du cornet moyen.

Après la disparition du chancre, il pourra rester des synéchies du cornet inférieur et de la cloison, amenant une légère déviation du septum.

« Les accidents secondaires sont plus précoces ».

« La réaction secondaire méningée est aussi plus précoce » JACOB. Mais, écrit DEJARDIN, « si le nombre des neurorécidives observées a été plus grand dans cette catégorie de cas, nous pouvons l'expliquer par le fait que la grande majorité des sujets porteurs de chancres extra-génitaux se présentent en pleine explosion d'accidents secondaires.

Pronostic.

Le siège du chancre n'entraîne pas un pronostic de gravité particulière et FOURNIER, dans son « Traité sur les chancres extra-génitaux », leur donne un pronostic moyen, analogue à celui des chancres génitaux.

Le chancre pituitaire ne nous semble pas être plus grave, si ce n'est la difficulté du diagnostic qui fait que le traitement syphilitique précoce sera beaucoup plus rare et que l'on se trouvera presque toujours en présence d'accidents secondaires. Ce sera toujours le cas dans le chancre latent.

OBSERVATION PERSONNELLE

Cette observation est due à l'obligeance de M. Paul CHEVALLIER, médecin de l'hôpital Cochin.

La recherche du tréponème a été faite par M. L. BRUMPT et les examens sériques par M. DENNONCHE.

CHÉRÉ... Victor, 38 ans, coiffeur, entre dans la salle Brocq, pavillon Landouzy, à l'hôpital Cochin, le 5 novembre 1938.

Il présente une éruption syphilitique typique qui est apparue depuis 5 à 6 jours et qui s'accompagne de faiblesse. La température oscille entre 37°8 et 38°2.

L'éruption occupe surtout la face et la partie supérieure du tronc et des bras; c'est là qu'elle est apparue en premier lieu. Les éléments sont beaucoup plus discrets sur la partie inférieure du tronc et la racine des cuisses. C'est un type de roséole remontée de Jeanselme. Les éléments ne sont qu'en partie ceux d'une roséole. A côté des taches érythémateuses, il en est d'autres papuleuses, c'est-à-dire saillantes, infiltrées, qui, sous la pression du doigt, ne s'effacent pas complètement. Beaucoup d'éléments sont squameux, en particulier à la face.

L'éruption de la face et de la partie supérieure du tronc est beaucoup plus fournie. Il existe aussi des éléments squameux dans le cuir chevelu.

Sur le gland, on voit une lésion ulcéreuse dans la fossette du frein, et 2 papules érosives sur le gland. Les 2 amygdales ont leurs surfaces complètement exulcérées; on se demandait s'il s'agissait

de plaques muqueuses ou de chancre. Le toucher montre une légère induration.

Ce n'est qu'après plusieurs jours que l'on a remarqué un gonflement de la narine gauche et que l'on a recherché un chancre endo-nasal.

Sur la cloison, commençant environ à un demi cm. du bord libre se trouvait un chancre absolument typique, haut de 1 cm et demi, large de 1 cm, un peu surélevé, à surface rouge. Lorsqu'elle a été détachée d'une petite fausse membrane, elle nous a montré une surface un peu creusée et en cupule. Le toucher nous a montré une induration cartilagineuse qui semblait épaisse de plusieurs mm.

Il n'existait pas d'adénopathie, ni dans les aines, ni dans les aisselles. On a trouvé un ganglion épitrochléen gros comme un pois, à gauche; des ganglions trapéziens des 2 côtés et sous la mâchoire du côté gauche, plusieurs gros ganglions.

L'examen général nous montre une rate augmentée de volume et percutable sur 3 travers de doigts.

La tension est de maximum 14, minimum 8, moyenne 11, index 3.

Urine normale.

L'examen à l'ultra microscope nous a montré des tréponèmes typiques.

WASSERMANN + + +

Autres réactions sériques + + +

Verne : 51.

Une ponction sternale a été faite qui n'a décelé aucun tréponème dans le suc médullaire.

Le 10 Novembre, le traitement a été commencé. A ce moment, l'éruption syphilitique s'est étendue

à presque tout le corps. Il a été fait 3 injections de novarsenobenzol 0,90, 3 jours de suite. La première a été suivie d'une réaction thermique à 39°. Après cet assaut arsénobenzolique, très bien supporté, il a été fait une série de bismuth.

Le nez a dégonflé quelques jours après le début du traitement et le malade a pu sortir le 18 novembre, ses accidents syphilitiques ayant complètement disparu.

En somme, il s'agit d'un chancre de la muqueuse pituitaire dont l'évolution a été absolument latente. Il n'y eut jamais de signes fonctionnels. Le diagnostic ne fut fait que par l'apparition d'une syphilis secondaire qui se présenta sous la forme classique de roséole remontée papulo-squameuse.

L'état général était, comme il est encore classique, assez touché: fatigue, fièvre, hypertrophie splénique supérieure à celle observée d'habitude.

BERTONIN (Lyon Médical, 12 Janvier 1936)

CHANCRE DU CORNET INFÉRIEUR

Jeune femme qui, le 10 Janvier 1934, se présenta à la consultation O. R. L. du dispensaire général; elle disait être malade depuis 3 semaines, à la suite de l'avulsion de la 2^e prémolaire gauche supérieure, Elle avait présenté un œdème considérable de la joue qui avait d'ailleurs regressé en partie, un écoulement nasal assez épais et des douleurs sus et sous orbitaires gauche, violentes, diurnes. On l'avait traitée pour sinusite, sans résultat.

Elle est mariée, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

A l'examen, tuméfaction rouge, chaude, siégeant sur la partie externe de l'os propre gauche, s'étendant un peu en dehors de lui, au-dessous de la partie interne du rebord orbitaire inférieur. L'os propre lui-même était épaissi ; cette région était le siège de douleurs intolérables.

Les ailes du nez étaient intactes ; le pourtour de l'orifice narinaire était rouge et un peu ulcéré par suite de la sécrétion abondante qui l'irritait constamment.

La rhinoscopie antérieure permit de constater une obstruction nasale unilatérale complète; le cornet inférieur tuméfié était appliqué contre la cloison. Après une pulvérisation de cocaïne et l'introduction d'une petite mèche imbibée d'adrénaline, l'aspect changea ; la partie inférieure du cornet blanchit, se rétracta, et se colla contre le sque-

lette, mais la partie supérieure demeura isolée, volumineuse, et on se rendit compte qu'il existait sur sa face interne une ulcération recouverte d'un exsudat blanchâtre, non bourgeonnante et dont il n'était pas possible d'apprécier l'étendue dans le sens antéro-postérieur.

Le stylet montra l'indolence et la rénitence de cette surélévation et le contact n'entraîna aucune hémorragie. La muqueuse de la cloison en face de cette ulcération était elle-même un peu érodée. Le cornet et le méat moyen furent mal vus, mais parurent normaux.

A la transillumination, les sinus frontaux et maxillaires s'éclairèrent parfaitement des 2 côtés.

Dans la région sous angulo-maxillaire gauche, la palpation permit de découvrir quelques ganglions un peu hypertrophiés et empâtés, peu sensibles à la pression, le plus gros avait le volume d'une cerise.

L'état général paraissait peu atteint, la température ne fut pas prise.

L'examen de la bouche et du pharynx ne montrait aucune plaque muqueuse ni ulcération suspecte; aucune trace d'ulcérations sur le corps.

B. W. + + +

Une série d'injections de muthanol fut entreprise. En deux jours, amélioration notable, gêne respiratoire atténuée, douleurs disparues, os propre diminué de volume, peau tendant à reprendre sa coloration normale.

A la cinquième injection, tous les symptômes avaient disparu, sauf l'adénopathie qui persista pendant 1 mois.

Le 26^e jour, au cours d'un examen systématique, on découvrit quelques taches roses sur la face antérieure du thorax et dans le dos qui relevaient évidemment d'une roséole très discrète.

La recherche du tréponème sur l'ulcération n'a pas été faite.

PITRE (Lyon Médical, 25 Mars 1932)

CHANCRE SYPHILITIQUE DU CORNET INFÉRIEUR

Homme âgé de 45 ans, chauffeur dans une usine, éthylique; nie avoir eu des accidents syphilitiques antérieurs; a une fille bien portante; ultérieurement, sa femme a eu un accouchement prématuré de 6 mois et une fausse couche il y a plusieurs années.

Deux mois avant son examen, apparut une céphalée très vive avec douleurs dans la moitié gauche de la face qui cessa spontanément au bout de 8 jours.

Petit à petit s'installa une obstruction nasale gauche avec écoulement séreux. Un médecin consulté à ce moment prescrivit un traitement local pour hypertrophie des cornets. Six semaines après ces accidents survint une éruption cutanée non prurigineuse.

Actuellement, se plaint d'obstruction nasale gauche avec écoulement séro-purulent et surdité du même côté, les douleurs céphaliques ont cessé; l'état général est satisfaisant.

La peau des parois latérales et de la pointe du nez est rouge, infiltrée, comme cartonnée; légère folliculite narinaire. La rhinoscopie antérieure révèle une obstruction nasale complète du côté gauche due au gonflement de la muqueuse de la cloison du cornet inférieur. Cette muqueuse est rouge, couverte de muco-pus et se rétracte mal sous

l'influence de la cocaïne adrénalinée. On aperçoit sur la face supérieure une petite ulcération à bords surélevés et sur le point correspondant de la cloison une autre petite érosion.

L'infiltration de la muqueuse s'étend jusqu'au niveau de la choane gauche. Le bord postérieur du vomer est très épaissi.

Adénite et péri-adénite sous angulo-maxillaire gauche; quelques petits ganglions carotidiens mobiles.

Il existe sur tout le corps des syphilis papuleuses et à gauche du frein de la langue, une plaque érosive (examen fait par M. le professeur NICOLAS).

L'histoire clinique du malade dont les premiers accidents se manifestèrent du côté de la fosse nasale gauche et furent suivis 6 semaines après d'accidents secondaires cutanés et muqueux; l'absence de lésions primitives sur les organes génitaux, paupières, lèvres, etc... et la présence d'ulcérations sur la pituitaire s'accompagnant de péri-adénite sous maxillaire permettent d'affirmer que la porte d'entrée du tréponème fut au niveau du cornet inférieur. L'habitude qu'avait le malade de porter ses doigts dans son nez laisse supposer que les doigts furent l'agent de transmission.

MILLIAN ET BAUSSAU
Société de Dermatologie et Syphiligraphie
(11 février 1932)

CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA MUQUEUSE PITUITAIRE

Le nommé R..., porteur à la gare de l'est, entre salle St-Louis le 25 janvier 1932 pour éruption généralisée datant de 10 jours. Il s'agit de roséole typique avec quelques syphilides papulo-squameuses ; la rate est percutable sur 4 travers de doigt.

B. W. + + +

Pas de chancre génital ou anal, pas d'adénopathie inguinale, pas de chancre de lèvre, langue, amygdale. Le malade n'a pas eu d'angine.

Mais tuméfaction petrargienne du côté droit, arrondie, du volume d'une noisette, recouverte d'une croutelle sous laquelle suinte une sérosité gommeuse ; cette petite tumeur est dure, peu douloureuse, nettement sous cutanée, mais adhérente à la peau. Il s'agit d'une adénite fistulisée. Du même côté, dans la région sous angulo-maxillaire, on trouve un ganglion de la grosseur d'une olive et 6 à 7 petits ganglions durs, mobiles, indolores.

L'interrogatoire apprend que le ganglion petrargien a été remarqué par le malade 15 à 20 jours avant l'apparition de la roséole et qu'il s'est fistulisé à la peau 8 à 10 jours après son apparition.

On constate, en écartant la narine droite, pour découvrir la cloison, une ulcération de la taille d'une pièce de 1 franc située sur la face droite de la cloison à 1 cm environ de l'orifice narinaire. Les contours sont nettement délimités, elle est ovalaire à grand axe antéro-postérieur, sa moitié inférieure seule étant visible sans le recours du speculum nasi. Son fond est lisse, couleur chair musculaire et non suintant. Le 2 février 1932, il est recouvert d'une croûte noirâtre.

Le tréponème n'a pas été trouvé sur l'ulcération, sa recherche ayant malheureusement été faite 5 jours après une injection de 0,30 de Novar.

Néanmoins, le caractère de l'ulcération et l'existence d'adénopathie satellite unilatérale ayant précédé l'éclosion des accidents cutanés secondaires permettent de poser en toute certitude le diagnostic de chancre syphilitique de la pituitaire.

La nature du contact infectant n'a pu être élucidée. Après 2 injections de Novar, le chancre a nettement diminué, mais il est encore visible.

VALLERY (Lyon Médical, 27 Décembre 1931)

CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA PITUITAIRE

Mme B. M..., 28 ans, vient consulter le 15 mars 1931, pour obstruction nasale gauche, avec écoulement séro-purulent assez abondant. Le début de ses troubles remonte à 2 mois et demi ; le début a été considéré comme un coryza banal, mais la persistance de l'obstruction nasale et une légère douleur vers l'aile du nez et l'angle interne de l'œil gauche l'inquiétèrent.

A l'examen, on remarque une rougeur foncée lymphangitique avec un léger œdème de la partie supérieure de l'aile du nez s'étendant en haut vers le sillon naso-génien et l'angle interne de l'œil.

La pression à ce niveau est douloureuse, on ne trouve pas de ganglions sous angulo-maxillaire, ni pétrargien de ce côté.

A la rhinoscopie antérieure, la narine est complètement obstruée par un énorme cornet inférieur recouvert de petits débris purulents, blanchâtres, pseudo-membraneux. Après badigeonnage avec une solution de cocaïne adrénalinée, l'examen est beaucoup plus facile, mais le cornet se rétracte cependant mal. Au stilet, il est dur, cartonné, et on voit sur sa face interne, empiétant assez largement sur le bord inférieur, une vaste ulcération, peu profonde, aplatie, à bords non creusés. Sa surface est rouge et saignant très légèrement malgré les manœuvres de nettoyage de sa surface.

L'aspect de cette ulcération est assez typique, et le diagnostic le plus probable est celui d'accident primitif de la pituitaire.

Le 19 mars 1931. B. W. + + +

Le 21 mars, la malade est revue ; rien de précis au point de vue mode de contagion ; un mois avant, elle a eu de petites excoriations vulvaires peu douloureuses, disparues après une quinzaine de jours ; depuis 1 mois, fatigue générale, amaigrissement, pas d'accidents secondaires.

Traitée au novarsenobenzol, amélioration progressive, mais persistance de synéchies entre le bord inférieur et le plancher de la fosse nasale.

CHANCRE DE LA CLOISON

JACOB (Annales maladies de l'oreille 1923)

B... Abdel-Kader, 25 ans, artilleur, se présente le 3 Octobre 1917 avec une ulcération bourgeonnante, profonde, occupant les 2 côtés de la cloison nasale cartilagineuse, qui est doublée et paraît être perforée au centre des ulcérations ; un stylet indique qu'il existe en effet une perforation punctiforme à ce niveau.

L'infiltration empiète à droite sur le plancher des fosses nasales ; elle est très saillante, rouge et rénitente ; elle ne s'affaisse pas sous l'influence de la cocaïne.

Le malade ne souffre pas, il peut respirer du nez et présente un écoulement nasal séro-sanglant depuis 15 jours ; chaînes sous-maxillaires des 2 côtés faites de ganglions isolés, durs, et non douloureux, semblables aux ganglions inginaux des chancres génitaux.

On porte le diagnostic de chancre de la cloison.

Sous l'influence d'un traitement bioduré, les ulcérations se sont cicatrisées en 14 jours ; le 15^e jour, après l'examen, est apparue une roséole typique généralisée, des plaques érosives buccopharyngées, alors que le nez paraissait complètement guéri, sans perforation de la cloison.

D'autres lésions secondaires, plaques érosives, sont apparues dans la suite pendant le traitement au novarsenobenzol, confirmant le premier diagnostic de chancre de la pituitaire.

OBSERVATION DE JACOB

(Annales maladies de l'oreille, Lyon 1923)

CHANCRE DE LA CLOISON

B..., âgé de 12 ans ; gêne respiratoire depuis 3 semaines, présence de petites tuméfactions douloureuses au niveau des régions frontales et temporales droites.

A la rhinoscopie, rien à gauche ; à droite, tuméfaction de la grosseur d'un petit pois située au niveau de la partie antérieure de la cloison, l'adrénaline ne la rétracte pas ; derrière la cloison paraît normale.

Rien au rhino-pharynx, ni au pharynx.

Rien au larynx.

Gros ganglions angulo-maxillaires droits non douloureux, très petits ganglions durs, en chaîne, le long des vaisseaux du cou.

Pas d'éruption cutanée ;

Pas de ganglions inguinaux ;

Pas de cicatrice génitale.

Frère aîné malade, syphilitique, ayant des plaques muqueuses. Traité par intra musculaire de 0 g. 02 biodure, avec 0 g. 50 de K. I. par jour ; en 6 piqûres, la muqueuse redevient normale et les ganglions disparaissent.

CHANCRE DU CORNET INFÉRIEUR

(Professeur LANNOIS)

Annales maladies de l'oreille (1923)

C..., âgé de 45 ans, se présente le 28 novembre 1921 à la clinique pour obstruction nasale persistante du côté gauche, adénopathie sous-maxillaire gauche, volumineuse, un peu douloureuse.

L'affection dure depuis le mois de Septembre et s'est complétée peu à peu; le 15 décembre apparaît une éruption papuleuse disséminée un peu partout.

A l'examen, épaissement très net des téguments externes, surtout à gauche, peu de douleurs, palpation non douloureuse, impression de quelque chose de cartonné.

Une sérosité louche, parfois striée de sang, s'écoule de l'orifice narinaire gauche.

La rhinoscopie antérieure montre la cloison et le cornet inférieur en contact, la muqueuse gonflée est recouverte de muco-pus. Sous l'effet de la cocaïne adrénalinée, la muqueuse se rétracte, et apparaît à la partie antérieure du cornet inférieur, une ulcération à bords nets et surélevés à fonds grisâtre, ulcération indurée qui ne va pas jusqu'à l'os.

A gauche, sous l'angle de la mâchoire existe une masse ganglionnaire, volumineuse, de la grosseur

d'un œuf, ganglions durs, peu douloureux, peu mobiles.

De plus, roséole papuleuse, plaques muqueuses de la bouche.

Probablement contagion en portant ses doigts dans le nez. Traité par néosolvarsan.

OBSERVATIONS

FOURNIER. Union médicale, 2 mars 1858, sujet de 29 ans, chancre de la cloison, roséole, plaques muqueuses amygdaliennes, adénopathie cervicale postérieure.

PONCET. Annale de Dermatologie et syphilis. 1881. 1 cas de chancre de siège insolite. Obstruction de la narine droite, chancre de la cloison, adénopathie sous-maxillaire droite indolente, syphilides papuleuses généralisées; plaques muqueuses de la gorge.

MOURE. Chancre infectant des fosses nasales (Rev. de laryngol. 1^{er} juillet 1887).

Homme de 54 ans, gêne de la respiration nasale droite avec douleurs de tête du même côté, nez rouge, douloureux, écoulement nasal, chancre de la cloison saignant facilement, ganglions sous-maxillaires droits tuméfiés, apparition d'une roséole; aspect normal du septum après 2 mois de traitement (HG).

Contagion probable par l'ongle.

GEMY. Chancre syphilitique de la cloison du nez (annal. de dermat. et syphil. 1890).

Homme de 27 ans, obstruction nasale gauche, ganglions sous-maxillaires et parotidiens du même côté. Syphilides papuleuses généralisées et plaques muqueuses de la lèvre, chancre de la cloison disparu après 1 mois de Hg.

CIMININO. Un caso de sifiloma iniziale del setto nasale cartilagineo (Boll del mol dell Orecchio, février 1894).

Homme de 17 ans, douleurs nasales irradiant à la moitié gauche de la tête; chancre induré et ulcéré de la cloison, grosse adénopathie sous-maxillaire. Plaques muqueuses et syphilides papuleuses.

ARSLANY. Sifiloma iniziale delle fossa nasale destra (arch. ital de laryng. juillet 1894).

Femme de 20 ans, rhinite droite aiguë, vives douleurs de la moitié droite, tuméfaction de l'aile droite du nez, adénopathie sous-maxillaire droite douloureuse, chancre ulcéré de la cloison saignant facilement et induré; muqueuse environnante très hyperémisée, roséole, guérison après 3 mois de Hg. Contagion par les doigts.

MOURE (Bull de la soc. franç. de laryng. 1892).

« Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche ».

Homme de 25 ans, douleurs nasales, chancre et ulcère de la cloison saignant facilement, légère adénopathie sous-maxillaire et préauriculaire du côté gauche; ultérieurement, roséole et accidents secondaires de la bouche. Disparition rapide des chancres par le traitement mercuriel.

RUEDA. Revue de Laryngologie, 15 Février 1895.

« Syphilome primitif intra-nasal de forme anormale ».

Femme de 34 ans; obstruction nasale gauche, douleur nasale irradiée, écoulement muco-purulent unilatéral; adénopathie sous-maxillaire gauche douloureuse, chancre irradié de la cloison; guérison par simples pansements au sublimé.

GAREL

« *Deux cas primitifs de chancres de la cloison nasale* » (Rev. de laryng., 15 juillet 1895).

Homme de 33 ans, obstruction nasale gauche et douleurs du même côté avec écoulement jaunâtre unilatéral ; céphalée persistante, chancre de la cloison qui, par son aspect, rappelle une lésion tertiaire. Traitement avec K. I. qui amène la guérison de la lésion nasale. Apparition ultérieure de roséoles et de plaques muqueuses. Traitement par Hg.

GAREL (Lyon médical 1900).

« Chancre syphilitique intranasal ».

Jeune fille de 14 ans; obstruction nasale droite par volumineuse tumeur implantée sur la cloison; ablation de la tumeur dont le diagnostic ne peut être fait; 15 jours après, apparition d'accidents secondaires; ganglions retro-maxillaires.

COLLINET. (B. et M. de la Soc. d'O. R. L. 1901).

« Deux cas de chancres syphilitiques des fosses nasales ».

Homme de 42 ans, adénopathie sous-maxillaire droite et tuméfaction douloureuse de la région sous-maxillaire du côté correspondant. Léger écoulement muco-purulent; chancre sous forme d'érosion sur la cloison ; traitement avec Hg ; amélioration notable au bout de 15 jours. Roséole, accidents secondaires.

DIEU « Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales ». Revue de laryng., 25 novembre 1905).

Chancre de la cloison sous forme de tumeur molle de la grosseur d'une petite cerise; roséole; trai-

tement général et local; guérison au bout d'un mois.

BLANC. Bull Med de l'Algérie, 1906.

« Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales ».

Femme de 25 ans; obstruction et écoulement nasal unilatéral; chancre induré de la cloison; adénite sous-maxillaire droite; amélioration rapide par Hg. Contamination par les doigts.

GAUCHER-LOUSTE-NATHAN

« Chancre de la cloison du nez ». (Bull de Soc. de derm. et Syphil., 7 décembre 1907).

Femme de 37 ans; chancre hypertrophique de la cloison du côté gauche; adénopathie sous-angulo-maxillaire et préauriculaire du même côté; roséole. Après 1 mois de Hg, les lésions sont en voie de disparition.

BATUT. (*Journal des Mal Cut et Syphil.*, mars 1908).

Obstruction nasale droite, chancre ulcéré, induré et indolent de la cloison, pris pour une gomme syphilitique. Roséole papulo-érythémateuse généralisée; grosse adénopathie sous-maxillaire droite. Après 11 injections de biodure, l'ulcération est presque guérie.

GAUTHIER ET GIROUX

« Chancre syphilitique de la pituitaire ». (*Annales Mal. vénériennes*, Septembre 1908).

Femme de 23 ans. Roséole, chancre induré de la cloison à aspect polypoïde avec gêne respiratoire et épistaxis fréquents; ganglions sous-angulo-maxillaires gauches.

LEKINE. Rev. hebd. de laryng. 7 mai 1910.

« Chancre induré de la muqueuse du nez. »

Femme atteinte d'ulcération de la cloison avec ganglions sus-claviculaires; cicatrisation avec 25 frictions mercurielles.

PAUTET

« Chancre syphil. de la cloison nasale. »

(Rev. hebd. de laryng., 11 Octobre 1913).

Femme de 23 ans; grosse adénopathie sous-maxillaire; signe d'obstruction nasale du même côté avec écoulement parfois strié de sang. Douleurs lancinantes dans l'oreille droite; chancre ulcéré de la cloison. Eruption à caractère roséolique et 12 ans plus tard, accident tertiaire du pharynx.

La malade, sage-femme de profession, avait été contaminée par un jet de liquide amniotique qu'elle reçut au cours de l'accouchement d'une syphilitique.

CONCLUSION

1°) Le chancre de la narine est rare; cependant, il l'est peut-être moins qu'il ne le semblerait. L'attention a surtout été attirée sur les chancres avec obstruction nasale; mais le chancre latent est peut-être le plus fréquent.

2°) Le chancre latent n'est reconnu que lors de l'éclosion des accidents secondaires. Lors d'une syphilis secondaire sans chancre, il faut toujours penser à regarder la muqueuse pituitaire.

3°) Les accidents secondaires sont généralement florides. La roséole est généralement « remontée ». L'état général est souvent quelque peu touché.

4°) Le diagnostic se fait par l'examen complet du malade, la recherche du tréponème et les réactions sériques.

5°) Le pronostic n'a aucune gravité particulière.

Vu : LE PROFESSEUR
GOUGEROT.

Vu et Permis d'imprimer :
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

BIBLIOGRAPHIE

- GAUTHIER ET GIROUX. — *Annal. Mal. Vénériennes*.
Sept. 1908.
- LEIKINE. — *Rev. hebd. de laryngol.* Mai 1910.
- GOUGEROT. — *Traité de Syphilis et Dermatol.*
- LANNY. — *Thèse. Bordeaux*, 1933.
- WALLERY. — *Lyon Médical*, Déc. 1931.
- COMBES. — *Arch of dermatol and Syphil.* Mai 1930.
- SAMUY. — *Thèse de Paris*, 1929.
- PEROUNAGIAN. — *New-York. Acad. of Méd. Section of Dermatol.* Oct. 1924.
- RAMOGNINI. — *Sifilani unzioli intranasale*. G. I. M.
Juin 1922.
- DECROP ET CROMBES. — *Annales mal. Vénériennes*.
Nov. 1922.
- HULOT. — *Gaz. des Hop.* 1889.
- LEVY BUIQ ET COURTEAUD. — *Ann. mal. Vénériennes*.
Mars 1931.
- DUBREUILH. — *Gaz. heb. des Ss. méd. de Bordeaux*.
Janv. 1914.
- LUPIN. — *Soc. des Sciences méd. de Lyon*. 1918.
- GUIGNARD. — *Thèse Paris* 1882.
- SPENCER VASTON. — *Thèse Bordeaux*, 1892.
- LAUNOIS. — *Annal. mal. de l'oreille*. 1923.
- MAC CARTHY. — 1844. *Thèse Paris*.
- JACOB. — *Annales des maladies de l'oreille*. 1923.
- RICORD. — *Leçons sur le chancre*. 1858.
- FOURNIER. — *Les chancres extra-génitaux*. 1858.

ROLLET. — 1865.

ROMET. — 1880.

DUPONT. — 1881. Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales. *Thèse de Bordeaux*.

REBOUL. — 1892. Recherche sur l'étiologie des chancres syphilitiques céphaliques.

LE BART. — *Paris*, 1894. (*Thèse*).

Chancre primitif du nez et des fosses nasales.

BAZENERIE. — *Paris* 1894.

Etude clinique sur la syphilis nasale acquise.

CHAPUIS. — Le chancre de la muqueuse pituitaire. *Gazette des Hôpitaux*, 13 octobre 1894.

BRUNON. — Le chancre syphilitique des fosses nasales. *Lyon* 1895.

GRAHAM. — *American Journal of syphil.* Janv. 1919.

JULLIEN. — *Traité maladies vénériennes*.

PONCET. — *Annales de Dermatologie et syphil.* 1881.

GONTAL. — *Montpellier*, 1919.

MOURE DE BORDEAUX. — *Revue de Laryngologie*. 1^{er} Juillet 1887. *Bull. de la Soc. Franç. de laryngol.* 1892.

HECQUET.

LAURENT. — *Gazette des Hôpitaux*. 1887.

LENOBLE. — *Thèse Paris*, 1908.

FRAVENT. — *Thèse Paris*, 1912.

FOSSÉ en 1913. *Lyon*.

BURKLEY. — 1894. *Syphilis of the innocent*.

MUNCHEIMEREN. — 1897 dans *Ueber extra-génitale syphilis infection*. *Arch. dermat. méd. syph.* 1897.

PITRE. — *Annales maladies de l'oreille*, 1923. *Lyon Médical*, 25 Mars 1932.

- MILIAN. — *Société de dermatologie et syphiligraphie* (11 Fév. 1932).
- PAUTET. — *Rev. hebd. de laryngol.* Oct. 1913.
- THIBIERGE. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.* 18 Avril 1894.
- BERTANIN. — *Lyon Médical*, 12 Janvier 1936.
- BAUSSON. — *Société de dermathologie et syphiligraphie* (11 Fév. 1932).
- VALLERY. — *Lyon Médical*, 27 déc. 1931.
- GEMY. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie.* 1990.
- GIMININO. — *Boll del Mol dell Orecchio.* Février 1894.
- ARSLAN. — *Arch. ital. de laryng.* Juillet 1894.
- RUEDA. — *Revue de laryngologie.* 15 Fév. 1895.
- GAREL. — *Rev. de laryngol.* 15 Juillet 1895.
Lyon Médical, 1900.
- COLLINET. — *B. et M. de la Soc. d'O. R. L.* 1901.
- DIEU. — *Revue de laryngol.* Nov. 1905.
- BLANC. — *Bull. med. de l'Algérie.* 1906.
- GAUCHER-LOUSTE-MARFAN. — *Bull. de Soc. de derm. et syphil.* Déc. 1907.
- BATUT. — *Journal des Maladies cut. et syphil.* Mars 1908.

